

Lucyna Drożdżowicz

OBRONNA ROLA OBRAZU SIEBIE W PRZEBIEGU SCHIZOFRENII

THE DEFENSIVE ROLE OF THE SELF-IMAGE IN SCHIZOPHRENIA

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: dr hab. Bogdan de Barbaro

Artykuł prezentuje wyniki badań nad obrazem siebie osób chorych na schizofrenię. Obserwacja zmian w autoportrecie chorych na przestrzeni 7 lat od momentu I hospitalizacji psychiatrycznej pokazała, że obraz siebie jest nie tylko strukturą dynamiczną i zmieniającą się w czasie, ale spełnia funkcje obronne wobec faktu zachorowania i przeżywania siebie w tej chorobie. Im więcej tendencji obronnych występuje na początku chorowania, tym bardziej pesymistyczny obraz siebie chorzy prezentują po latach. Odwrotnie, poddanie się chorobie i brak obronności owocują większym zadowoleniem z siebie i optymizmem w późniejszym okresie.

self-image
schizophrenia

Summary: The paper presents some findings of a prospective study on the self-image of patients ill with schizophrenia. The observation of the changes in a self-portrait of patients through 7 years from the time of the first admission to hospital showed that self-image is not only a dynamic and changing-with-time structure but it plays the defensive roles against awareness of being mentally ill and feelings which are aroused with this fact. The stronger the patient's tendency to deny the illness at the beginning, the more pessimistic the self-picture they have after the 7-year period. And reversely, the acceptance of the illness and weak tendency to be defensive results in greater self-satisfaction and optimism in later life.

Wprowadzenie

Doniesienia empiryczne na temat związków obrazu siebie ze schizofrenią nie mają charakteru jednolitego i wydają się z pozoru sprzeczne. Odzwierciedla to całość skomplikowania, z jakim mamy do czynienia w przypadku, gdy badamy strukturę tak wieloznaczną i wielowątkową jak obraz siebie oraz gdy poszukiwania te dotyczą choroby, która w swej psychologicznej istocie wiąże się z zaburzeniami właśnie tej struktury. Niejednorodność poglądów wydaje się przede wszystkim związana z niestabilnością obrazu siebie u chorych na schizofrenię. Jest to spójne z tymi koncepcjami, w których schizofrenii przypisuje się słabo wykształcone i zróżnicowane „ja” [1]. Obraz siebie u takich osób jest mało stabilny. Zmienia się w taki sposób, by ochronić głęboko ukrytą i słabą strukturę „ja”. Można powiedzieć, że jest na usługach „ja” i w pewnym sensie pełni rolę strażnika tej struktury.

To, co subiektywnie przeżywa człowiek dotknięty schizofrenią, nie jest bez znaczenia. Świadczą o tym liczne wyniki badań wskazujące na pesymistyczny i niekorzystny obraz siebie u chorych na schizofrenię. Fitts [2] w swoich obszernych badaniach dotyczących obrazu siebie u chorych psychiatrycznych stwierdził, że u 87% pacjentów występuje zaburzony obraz siebie, co wyraża się w nieprzystosowaniu i słabej integracji osobowości.

Czabała [3] na podstawie swoich badań stwierdza, że chorzy na schizofrenię inaczej spostrzegają siebie niż ich zdrowi rówieśnicy. Najslabiej u chorych wyrażone są potrzeby dominacji, autonomii, zmian, a najsilniej potrzeby poniżania się i doznawania opieki. Jest to dokładnie odwrotnie niż u zdrowych. Kobiety chore na schizofrenię miały mniej nasilone potrzeby związane z kontaktami interpersonalnymi (potrzeby kontaktów heteroseksualnych, afiliacji, dominacji, zmian i uzewnętrzniania się). Mężczyźni z kolei wykazywali mniejsze nasilenie potrzeb związanych z niezależnym, samodzielnym funkcjonowaniem społecznym (autonomii, dominacji, osiągnięć i afiliacji), a duże nasilenie potrzeby doznawania opieki i poniżania się. Obraz siebie chorego na schizofrenię Czabała opisuje następująco: „Pacjent spostrzega siebie jako osobę niesamodzielną, podporządkowaną innym, bierną i zależną od innych, o stosunkowo niskiej samoocenie, ujawnia ponadto tendencję do wycofywania się z kontaktów społecznych i brak zaufania do innych” [3, str. 82]. Podobne wnioski formułuje Mroziak [4], która stwierdza, że obraz własny osób chorych na schizofrenię w porównaniu z normą jest zaniżony, a szczególnie dotyczy to potrzeb zadaniowych i interpersonalnych. Również badania Steuden [5] wskazują na negatywny obraz siebie chorych na schizofrenię. Obraz ten ma szczególnie pesymistyczny wyraz na początku choroby. W miarę upływu czasu, chorzy przystosowują się do swojej choroby i w większym stopniu siebie akceptują.

W niektórych badaniach jednak wyniki sugerują brak różnic w zakresie samooceny między chorymi na schizofrenię a osobami zdrowymi. Czasami wręcz mówi się o zawyżonym czy wyolbrzymionym obrazie siebie. Balbi [6] uważa, że objawy psychotyczne stanowią obronny mechanizm — w psychozie wyolbrzymione (psychotyczne) „ja” zastępuje tzw. puste „ja”, chroniąc w ten sposób chorego przed nieznosnymi uczuciami wstydu związanymi z obrazem siebie. Podkreśla ona również, że obecne programy rehabilitacyjne konfrontują pacjentów z ich widzeniem siebie.

Do nieco innych konkluzji dochodzą Garfield, Rogoff i Steinberg [7]. Na podstawie badań, w których porównują samoocenę 15 mężczyzn chorych na schizofrenię z samooceną odpowiedniej grupy kontrolnej, stwierdzają, że globalnie poziom samooceny nie różni się w obu grupach, natomiast wystąpiły różnice dotyczące różnych aspektów obrazu własnej osoby, które poddawane były samoocenie. Chorzy na schizofrenię, w porównaniu z osobami zdrowymi, wykazywali znacząco niższą samoocenę w obszarze poczucia kompetencji oraz sprawczości, natomiast znacząco wyższe wyniki dotyczące obronności, tzw. obronnego samowzmocnienia (*defensive self-enhancement*).

Obserwacja obrazu siebie i samooceny u chorych na schizofrenię na przestrzeni czasu prowadzi do wniosku, że u pacjentów chorych przewlekłe samoocena jest bardziej pozytywna w porównaniu z pacjentami w początkowym okresie choroby [8, 2, 9, 4]. Wyniki te odnoszone są do zmian, jakie zachodzą w przebiegu choroby. Chorzy w miarę upływu czasu w pewnym sensie przystosowują się do choroby, wykazują większą odporność na oddziaływanie czynników stresujących, a ich mechanizmy obronne stabilizują się [4].

Cel pracy

Prezentowana praca jest próbą prześledzenia dynamiki zmian obrazu siebie u chorych na schizofrenię na przestrzeni siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Szczególnie skoncentrowano się tutaj na tym jego aspekcie, który jest związany z tendencjami obronnymi wobec świadomości bycia chorym. Koncepcja własnej osoby ujmowana jest w tej pracy w kategoriach potrzeb psychicznych. Założono tutaj, że chory, wybierając z listy przymiotniki najlepiej do niego pasujące, ujawnia potrzeby, w których wyraża się obraz jego osoby.

Osoby badane

W latach 1985–1993 w Katedrze Psychiatrii Akademii Medycznej w Krakowie realizowano program „Badanie skuteczności niespecyficznych metod w leczeniu schizofrenii wczesnej”. Badaniem objęto 80 osób (46 kobiet oraz 34 mężczyzn). Pacjenci, aby mogli zostać zakwalifikowani do programu, musieli spełniać następujące kryteria: (a) diagnoza schizofrenii wg kryterium DSM-III¹, (b) pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, (c) zamieszkiwanie razem z rodziną prokreacyjną lub generacyjną na terenie Krakowa.

Ostatecznie, do grupy, która objęta została analizą statystyczną, zakwalifikowano 57 pacjentów (71,25%) spośród wszystkich 80 zakwalifikowanych do programu badawczego. Różnica ta wynika z faktu, że w ciągu 7 lat, w których prowadzone były badania, część pacjentów odmówiła w nich udziału lub zrezygnowała z opieki psychiatrycznej, jaką im proponowano w ramach programu. Z grupy badanej wykluczono również osoby, które tylko częściowo uczestniczyły w badaniach, w związku z czym informacje dotyczące pacjentów ze względu na wyodrębnione zmienne były niepełne. W tabeli 1 podano liczby badanych w ramach podstawowych charakterystyk, takich jak płeć, wiek, wykształcenie oraz stan cywilny.

Tabela 1

Grupa badana — zmienne demograficzne (N=57)

I	Płeć: kobiety – 36 mężczyźni – 21
II	Wiek w momencie 1. hospitalizacji; rozpiętość: 19 do 44 lat: do 25 roku życia – 26 powyżej 25 r. życia – 31
III	Wykształcenie: wyższe – 13 wyższe nieukończone – 10 średnie – 21 poniżej średniego – 13
IV	Stan cywilny: żonaty / zameżna – 17 (3 mężczyzn, 14 kobiet) stanu wolnego – 40 (18 mężczyzn, 22 kobiety)

¹ Należy zaznaczyć, że od 1985 roku, w którym rozpoczęto program badawczy, powstawały kolejne, bardziej precyzyjne klasyfikacje diagnostyczne: DSM-III-R, DSM-IV oraz ICD-10.

Metoda badań

W prezentowanej pracy obraz siebie został zoperacjonalizowany w kategoriach potrzeb psychicznych. Do jego badania zastosowano Test Przymiotników (The Adjective Check List, ACL) Gougha i Heilbruna [10], który ze względu na swoją konstrukcję daje różne możliwości interpretacyjne. Z jednej strony osoba badana, poprzez wybór przymiotników opisujących jej osobę, przedstawia obraz samej siebie. Z drugiej strony, dzięki teoretycznym założeniom testu oraz jego konstrukcji w części interpretacyjnej, możemy sięgnąć do głębszych struktur związanych z autoportretem.

Zastosowana została wersja polska znormalizowana przez M. Matkowskiego [11]. Wersja ta zawiera 19 skal. Pierwsze cztery to skale kontrolne, kolejnych piętnaście odnosi się do potrzeb psychicznych. Nazwy skal są następujące:

1. Całkowita liczba wybranych przymiotników
2. Nastawienie obronne
3. Skala F
4. Samoakceptacja
5. Potrzeba osiągnięć
6. Potrzeba dominacji
7. Potrzeba wytrwałości
8. Potrzeba porządku
9. Potrzeba rozumienia siebie i innych
10. Potrzeba opiekowania się innymi
11. Potrzeba afiliacji
12. Potrzeba kontaktów heteroseksualnych
13. Potrzeba uzewnętrzniania się
14. Potrzeba autonomii
15. Potrzeba agresji
16. Potrzeba zmian
17. Potrzeba doznawania opieki i oparcia
18. Potrzeba poniżania się
19. Potrzeba uległości.

W prezentowanych badaniach pacjent badany był trzykrotnie, tzn. po roku, trzech i siedmiu latach od momentu pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. W każdym badaniu samodzielnie dokonywał wyboru przymiotników z listy, odpowiadając na pytanie „jaki jestem?”.

Wyniki badań

Stosując analizę czynnikową wobec skal potrzeb, wyodrębniono trzy zmienne syntetyczne, dla których charakterystyczna była spójność treściowa danej grupy skal potrzeb. Są to następujące grupy zmiennych:

1. potrzeby związane z funkcjonowaniem zadaniowym — FZ (potrzeba osiągnięć, wytrwałości, porządku i rozumienia siebie i innych);
2. potrzeby związane z pozytywnymi relacjami interpersonalnymi — PRI (potrzeba opiekowania się innymi, afiliacji, kontaktów heteroseksualnych, agresji, doznawania opieki, uległości);

3. potrzeby związane ze stylem funkcjonowania – SF (potrzeba dominacji, autonomii, zmian i poniżania się).

Szczegółowy opis zmiennych syntetycznych oraz zestawienie współczynników korelacji dla poszczególnych skal zamieszczono w tabeli 2. Warto zwrócić uwagę, iż dwie skale, tzn. agresji oraz poniżania się, zostały skorygowane do wartości przeciwnych. Wykluczono również potrzebę uzewnętrzniania się, która zbyt nisko koreluje z poszczególnymi grupami potrzeb we wszystkich trzech momentach czasowych. Dodatkowo włączono też dwie skale kontrolne testu: nastawienie obronne oraz skalę samoakceptacji. Procedura taka porządkuje treściowo skale potrzeb oraz ułatwia interpretację przeprowadzanych analiz.

Tabela 2

Analiza rzetelności – skorygowane współczynniki korelacji potrzeb ze skalami i współczynniki rzetelności α -Cronbacha

Skala	Potrzeby	Badanie po roku			Badanie po 3 latach			Badanie po 7 latach		
		FZ	PRI	SF	PZ	PRI	SF	FZ	PRI	SF
FZ	osiągnąć	0,77	0,18	0,51	0,89	0,60	0,76	0,84	0,63	0,78
	wytwałości	0,67	0,33	0,30	0,94	0,60	0,64	0,93	0,74	0,57
	porządku	0,63	0,60	-0,80	0,93	0,65	0,53	0,87	0,70	0,29
	rozumienia siebie i innych	0,63	0,32	0,24	0,86	0,83	0,46	0,86	0,85	0,48
PRI	opiekowania się inn.	0,51	0,86	-0,22	0,77	0,93	0,34	0,80	0,96	0,40
	afiliacji	0,22	0,58	-0,16	0,53	0,61	0,69	0,68	0,66	0,78
	kontaktów	0,38	0,36	0,23	0,62	0,77	0,61	0,67	0,74	0,72
	heteroseksualnych	0,17	0,52	-0,24	0,50	0,71	0,20	0,60	0,80	0,26
	agresji *	0,26	0,75	-0,43	0,34	0,66	-0,25	0,48	0,72	-0,13
	doznawania opieki	0,45	0,75	-0,34	0,71	0,74	0,12	0,75	0,76	0,12
SF	uległości									
	dominacji	0,49	0,05	0,74	0,73	0,47	0,94	0,64	0,47	0,94
	autonomii	0,21	-0,36	0,64	0,65	0,22	0,81	0,58	0,24	0,79
	zmian	0,36	0,04	0,45	0,52	0,32	0,84	0,54	0,49	0,86
	poniżania się *	-0,07	-0,43	0,44	0,41	0,24	0,79	0,36	0,32	0,81
	uzewnętrzniania się	-0,01	-0,24	0,49	-0,15	-0,29	0,19	0,05	-0,21	0,40
	współczynniki α -Cronbacha	0,84	0,84	0,74	0,96	0,90	0,93	0,95	0,92	0,94

* potrzeba agresji oraz potrzeba poniżania się zostały przekodowane do wartości przeciwnych.

W dalszej części analizy całą grupę chorych na schizofrenię (N=57) podzielono na podstawie wyników pięciu skal testu ACL (trzy skale syntetyczne, skala nastawienia obronnego oraz samoakceptacji), uzyskanych w badaniu pierwszym, na trzy skupienia, które oznaczono: A, B i C. Do wyodrębnienia tych grup zastosowano niehierarchiczną analizę skupień (Procedure Quick Cluster) z pakietu SPSS/PC+, w której za miarę odległości pomiędzy nimi przyjęto odległość euklidesową. Uzyskane odległości pomiędzy grupami wynoszą: A-C=12,5; B-C=14,7; A-B=10,6.

Podstawowe charakterystyki wyodrębnionych grup w początkowym okresie choroby przedstawione są w tabeli 3.

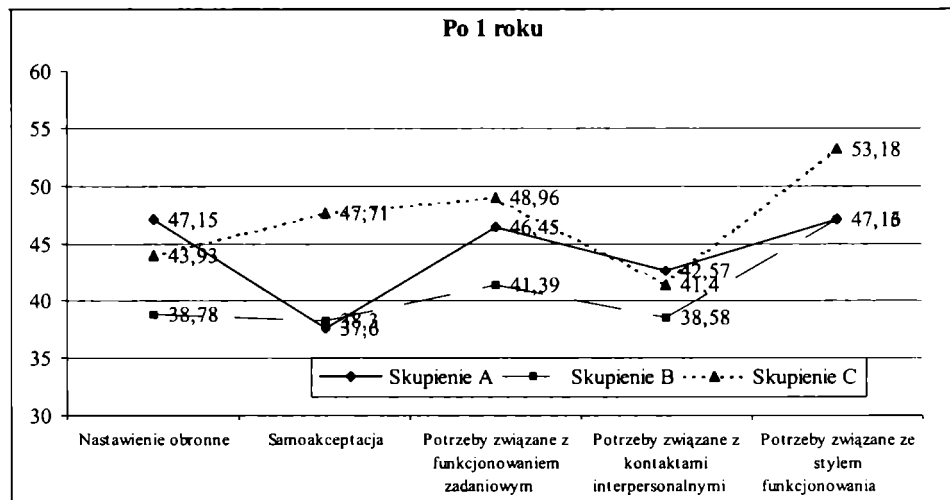
Tabela 3

**Płeć, wiek, wykształcenie i stan cywilny w początkowym okresie choroby
– liczebności dla 3 skupień**

Zmienne niezależne		Skupienie A		Skupienie B		Skupienie C	
		N	%	N	%	N	%
Płeć	kobiety	14	(70)	12	(52,2)	10	(71,4)
	mężczyźni	6	(30)	11	(47,8)	4	(28,6)
Wiek	do 25 lat	10	(50)	11	(47,8)	5	(35,7)
	powyżej 25 lat	10	(50)	12	(52,2)	9	(64,3)
Wykształcenie	średnie i poniżej	12	(40)	5	(21,7)	10	(71,4)
	powyżej średniego		(60)	18	(78,3)	4	(28,6)
Stan cywilny	stanu wolnego	12	(60)	17	(73,9)	11	(78,5)
	mężatki / żonaci	8	(40)	6	(26,1)	3	(21,5)

Spośród wymienionych w tabeli 3 zmiennych tylko wykształcenie różnicuje istotnie statystycznie wyodrębnione skupienia (wartość testu χ^2 wynosi 8,9289 dla $df = 2$ i $p = 0,0115$). Skupienia nie różnią się pod względem pozostałych zmiennych.

Średnie wyniki poszczególnych skal ACL dla wyodrębnionych skupień ilustruje rysunek 1.



Rysunek 1. Trzy skupienia wyodrębnione w pierwszym momencie badania

Skupienie A charakteryzuje się bardzo niskim poziomem samoakceptacji, choć nastawienie obronne tej grupy jest najwyższe w porównaniu z pozostałymi dwoma skupieniami. W efekcie natężenie potrzeb przyjmuje wartości raczej wyższe, szczególnie w zakresie potrzeb związanych z funkcjonowaniem zadaniowym oraz pozytywnymi kontaktami interpersonalnymi. Wygląda na to, że stosunkowo wysokie nastawienie obronne tej grupy chroni obraz siebie dotyczący funkcjonowania zadaniowego i interpersonalnego, natomiast negatywne ustosunkowanie się do siebie (niski wynik w skali samoakceptacji) związane

jest również z niskim natężeniem potrzeb dotyczących stylu funkcjonowania, a więc potrzebami dominacji, autonomii i zmian oraz poniżania się.

Skupienie B to osoby, które w momencie pierwszego badania, a więc rok od momentu pierwszej hospitalizacji, mają bardzo niski poziom zarówno mechanizmów obronnych i samoakceptacji, jak i natężenia potrzeb. Jest to grupa, która najwyraźniej prezentuje pesymistyczny obraz siebie, przejawiający się wysokim stopniem krytycyzmu i deprecjacji swoich możliwości oraz społecznym wycofaniem się.

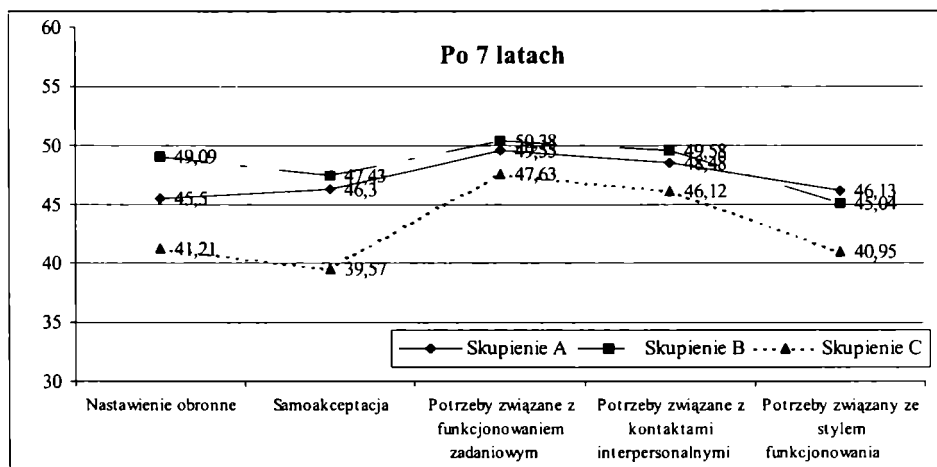
Ostatnia grupa (skupienie C) przejawia z kolei najwięcej optymizmu, co wyraża się zarówno stosunkowo wysokim poziomem natężenia potrzeb, szczególnie związanych ze stylem funkcjonowania osobowości, funkcjonowaniem zadaniowym oraz poziomem samoakceptacji. Osoby te mają zdecydowanie wyższy poziom nastawienia obronnego niż grupa poprzednia. Wydaje się, że charakteryzują się lepszą sprawnością mechanizmów obronnych, co prawdopodobnie chroni ich obraz samych siebie.

Powstaje pytanie, co dzieje się z tak wyodrębnionymi obrazami siebie w miarę upływu czasu. Przeprowadzona analiza wariancji wykazała kilka istotnych interakcji występujących pomiędzy czynnikami: wyodrębnione skupienie, moment badania oraz skala ACL w wersji syntetycznej. Uzyskane wyniki ilustruje tabela 4.

Tabela 4

Interakcje pomiędzy czynnikami: skupienie, skala ACL oraz czas

Zmienne	df	F	p
Skupienie	2	0,27	0,766
Czas	1	2,78	0,101
Skupienie x czas	2	6,08	0,004
Skala ACL	4	14,19	0,000
Skupienie x skala ACL	8	1,83	0,072
Czas x skala ACL	4	20,96	0,000
Skupienie x czas x skala ACL	8	5,09	0,000



Rys. 2. Trzy skupienia po 7 latach

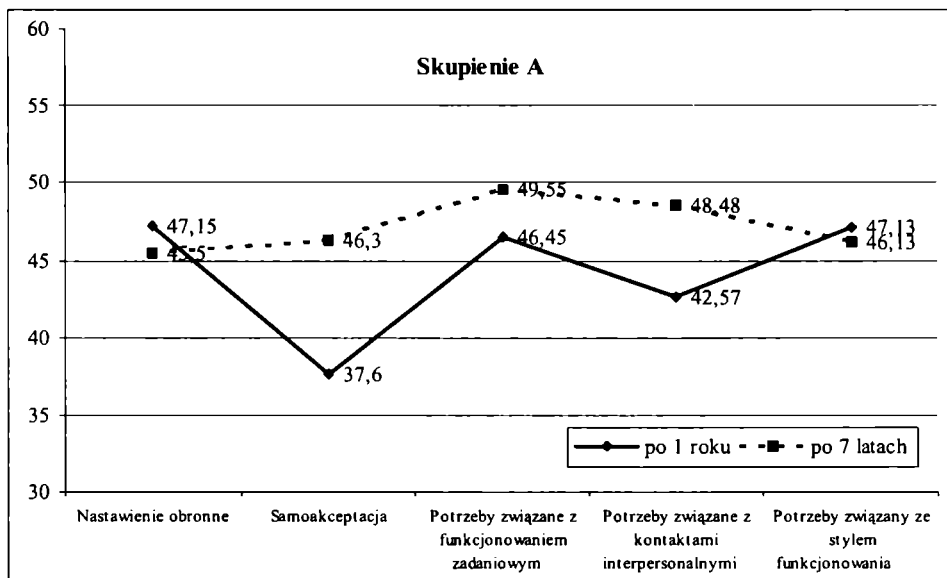
Obrazy samych siebie dla trzech skupień uzyskane po siedmiu latach ilustruje rysunek 2. Ograniczono się tutaj do porównania dwóch momentów badania — po roku oraz po siedmiu latach od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Szczegółowa analiza różnic przeprowadzona zostanie odrębnie dla poszczególnych skupień.

Skupienie A

Tabela 5

Skupienie A — zestawienie istotności różnic pomiędzy dwoma momentami badania (1 i 7) dla poszczególnych skal ACL

Skale ACL	Wartość t (df=19)	P
Nastawienie obronne	0,72	0,478
Poziom samoakceptacji	-3,31	0,004
Potrzeby związane z funkcjonowaniem zadaniowym	-1,46	0,161
Potrzeby związane z pozytywnymi kontaktami interpersonalnymi	-3,47	0,003
Potrzeby związane ze stylem funkcjonowania	0,41	0,685



Rys. 3. Skupienie A – wykres profili ACL po 1 roku i 7 latach

W grupie, która w rok od momentu pierwszej hospitalizacji charakteryzowała się bardzo niskim poziomem samoakceptacji, ale za to wysokim nastawieniem obronnym (skupienie A), po upływie siedmiu lat wzrósł poziom samoakceptacji oraz natężenie potrzeb związanych z pozytywnymi relacjami interpersonalnymi. Nastawienie obronne oraz pozostałe dwie grupy potrzeb nie zmieniły się. Tabela 5 przedstawia wyniki analizy statystycznej.

Uzyskane wyniki sugerują, że w przypadku skupienia A mamy do czynienia z chorymi, którzy przez okres trwania choroby utrzymują dość dobrą sprawność mechanizmów

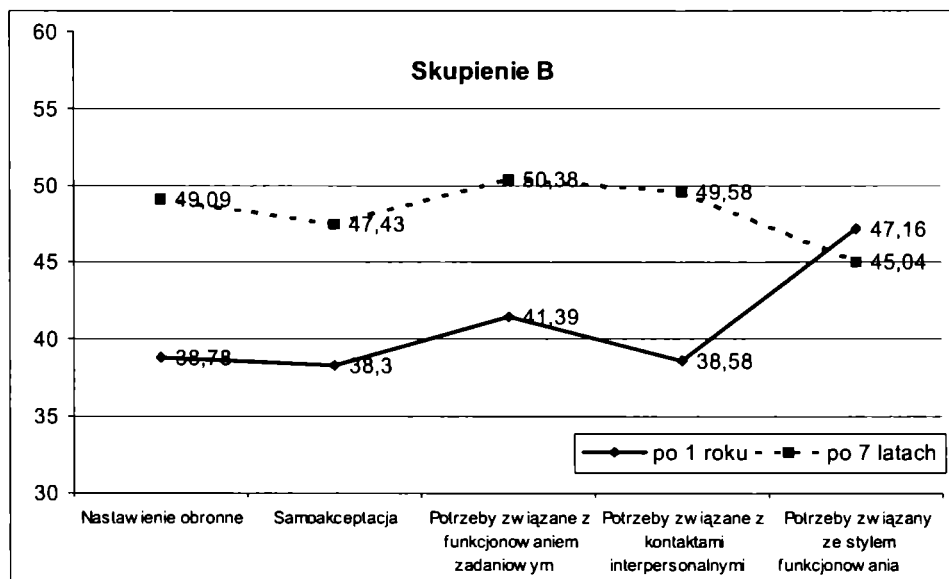
obronnych i w miarę upływu czasu przystosowują się do choroby, co można odczytać jako wzrost samoakceptacji oraz natężenia potrzeb związanych z pozytywnymi relacjami interpersonalnymi.

Skupienie B

Tabela 6

Skupienie B — zestawienie istotności różnic pomiędzy dwoma momentami badania (1 i 7) dla poszczególnych skal ACL

Skale ACL	Wartość t (df=19)	p
Nastawienie obronne	-4,32	0,000
Poziom samoakceptacji	-3,22	0,004
Potrzeby związane z funkcjonowaniem zadaniowym	-3,53	0,002
Potrzeby związane z pozytywnymi kontaktami interpersonalnymi	-4,86	0,000
Potrzeby związane ze stylem funkcjonowania	0,72	0,480



Rys. 4. Skupienie B – wykres profilów ACL po roku i 7 latach

Grupa chorych, która w momencie pierwszego badania wykazywała najniższy poziom nasilenia potrzeb oraz niską samoakceptację i słabe mechanizmy obronne (skupienie B), po siedmiu latach charakteryzowała się zdecydowanie wyższym natężeniem skal ACL. Warto zaznaczyć, że natężenie to było również najwyższe w porównaniu z pozostałymi dwoma skupieniami (por. rysunek 2).

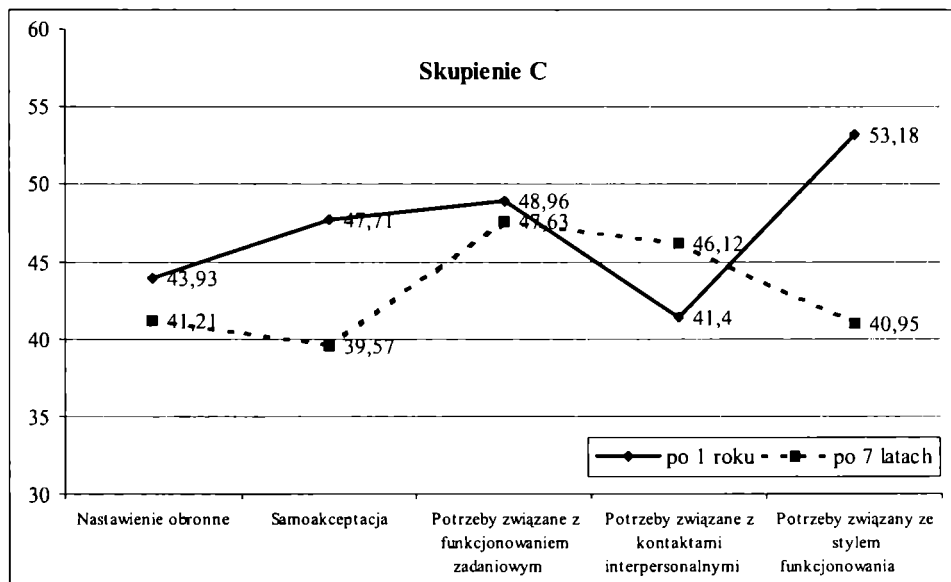
Można powiedzieć, że chorzy ci bardzo dobrze przystosowują się do choroby; wzrasta samoakceptacja, sprawność mechanizmów obronnych i natężenie potrzeb. W obrębie tego skupienia nie zmienia się grupa potrzeb związana ze stylem funkcjonowania (por. tabela 6).

Skupienie C

Tabela 7

Skupienie C — zestawienie istotności różnic pomiędzy dwoma momentami badania (1 i 7) dla poszczególnych skal ACL

Skale ACL	Wartość t df = 19	p
Nastawienie obronne	0,95	0,359
Poziom samoakceptacji	2,22	0,045
Potrzeby związane z funkcjonowaniem zadaniowym	0,51	0,622
Potrzeby związane z pozytywnymi kontaktami interpersonalnymi	-1,42	0,179
Potrzeby związane ze stylem funkcjonowania	3,31	0,006



Rys. 5. Skupienie C – wykres profilów ACL po roku i 7 latach

Dla chorych ujętych w skupieniu C charakterystyczne były najwyższe wyniki skal ACL w pierwszym badaniu. Po siedmiu latach mieli oni niższe wyniki i w porównaniu z pozostałymi grupami chorych charakteryzowali się najniższymi wynikami we wszystkich skalach (por. rys. 2).

Istotnie statystyczne zmiany dotyczyły obniżenia się wyników w zakresie poziomu samoakceptacji oraz potrzeb związanych ze stylem funkcjonowania (por. tabela 7). Można powiedzieć, że chorzy ci w początkowym okresie choroby byli bardziej pozytywnie ustosunkowani do siebie (skala samoakceptacji) i wykazywali zdecydowanie większy dynamizm życiowy (skala potrzeb dotyczących stylu funkcjonowania, którą reprezentują potrzeby dominacji, autonomii, zmian i poniżania się. (Patrz tabela na str. 63). Ich mocno wyrażana ekspansja i dynamizm życiowy oznaczały wolę walki z chorobą oraz chęć ak-

tywności mimo choroby. Jednakże w miarę upływu czasu poddawali się, co miało swój wyraz w zdecydowanie niższych wynikach skal ACL.

Wnioski

Wyodrębnienie trzech skupień pozwoliło wyróżnić trzy grupy chorych na schizofrenię, którzy w rok od momentu pierwszej hospitalizacji przejawiali trzy różne konstelacje obrazu siebie. Różnice te wydają się w dużym stopniu związane z mechanizmami obronnymi, jakie stosują chorzy. Generalnie mówiąc, im silniejsze obrony na początku, tym dłużej trwa przystosowywanie się do choroby i jej akceptacja. Odwrotnie, jeśli chorzy w początkowym okresie zareagowali na chorobę w pewnym sensie poddaniem się, to w miarę upływu czasu przystosowują się do tej sytuacji, a po siedmiu latach ich obraz siebie jest bardziej korzystny od obrazu siebie tych, którzy aktywnie przeciwstawiali się chorobie. Dodatkowym źródłem interpretacji uzyskanych wyników może być fakt, że grupa chorych przejawiająca najsilniejsze obrony przed chorobą w początkowym okresie to grupa, w której zdecydowanie przeważały osoby lepiej wykształcone, w porównaniu z dwoma pozostałymi skupieniami (por. tabela 3). Wydaje się to spójne, gdyż dla chorych z wyższym wykształceniem fakt zachorowania musiał oznaczać większe zagrożenie — w pewnym sensie mieli więcej do stracenia.

Dyskusja

W wielu doniesieniach poruszana jest kwestia nieadekwatności obrazu siebie w schizofrenii. Z jednej strony chorym na tę chorobę przypisuje się niejasną i nieokreśloną koncepcję siebie, co na ogół jest związane z ich niskim poczuciem tożsamości oraz słabo zróżnicowanym i wyodrębnionym „ja” [2], z drugiej — nieadekwatność w autopercepcji związana jest z wysokim poziomem obronności. Byrne [12] mówi o represyjnym charakterze obrazu siebie, Garfield i wsp. [7] o obronnym samowzmocnieniu, Rogers [13] o obronnej zgodności „ja” realnego i „ja” idealnego, a Kubacka-Jasiecka [14] o pseudoprzystosowaniu u chorych na schizofrenię.

Wyniki prezentowanej pracy częściowo potwierdzają powyższe doniesienia. Niektórzy chorzy na schizofrenię charakteryzują się obronnymi tendencjami. Im więcej tych tendencji wykazują na początku chorowania, tym bardziej pesymistyczny obraz siebie prezentują po latach. Odwrotnie — poddanie się chorobie i brak obronności owocują większym zadowoleniem z siebie i optymizmem w późniejszym okresie. Można powiedzieć, że wcześniej czy później chorzy konfrontują się ze świadomością bycia chorym. W tym kontekście tendencje represyjne wydają się stanowić naturalną obronę przed zagrożeniem, związanym z uświadamianiem sobie faktu choroby. Potwierdzają to te wyniki badań, które donoszą o negatywnych skutkach utożsamiania się z rolą chorego psychicznie [15, 16].

Piśmiennictwo

1. Gara MA, Rosenberg S, Cohen B. Personal identity and the schizophrenic process: an integration. *Psychiatry* 1987; 50: 267–279.
2. Fitts WH. The self concept and psychopathology. Nashville, Tennessee: Dede Wallace; 1972.
3. Czabała JC. Rodzina a zaburzenia psychiczne. Kraków: Sekcja Psychoterapii PTP; 1998.

4. Mroziak B. Zaburzenia psychiczne a percepcja interpersonalna w rodzinie (studium relacji matka – dorosłe dziecko z zaburzeniami psychicznymi). Nie opublikowana praca doktorska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1991.
5. Studen S. Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 1997.
6. Balbi A. A journey to delirium: From the shameful and empty self to the grandiose self. *Psichiatria-c-Psicoterapia-Analitica* 1990; 9: 301–312.
7. Garfield DA, Rogoff ML, Steinberg S. Affect recognition and self-esteem in schizophrenia. *Psychopat.* 1987; 20: 225–233.
8. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1994; 20: 359–366.
9. Manasse G. Self-regard as a function of environmental demands in chronic schizophrenics. *J. Abn. Psychol.* 1965; 70: 210–213.
10. Gough HG, Heilbrun AB. The Adjective Check List manual. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press; 1971..
11. Matkowski M. Test przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki. *Przegl. Psychol.* 1984; 27: 519–536.
12. Byrne D. An introduction to personality. A research approach. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1966.
13. Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationship as developed in the client-centered framework. W: Koch S, red. *Psychology: A study of a science*, tom 3. New York: McGraw-Hill; 1959, s. 184–256.
14. Kubacka-Jasiecka D. Struktura „ja” a związek między agresywnością i lękiem. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1986.
15. Estroff SE. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr. Bull.* 1989; 15: 189–196.
16. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc.Sci.Med.* 1994; 39: 155–164.

Adres: Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a